

Prezado usuário(a) e prescritor(a),

Segue abaixo a relação de documentos médicos e documentos gerais a serem providenciados para a solicitação de medicamentos pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF/SUS). Além disso, segue anexo o guia de orientação, onde constam os critérios de inclusão e exclusão, exames obrigatórios, entre outros. Ressaltamos que todos os documentos devem ser preenchidos, assinados e carimbados pelo mesmo médico.

- Prescrição médica devidamente preenchida: nome genérico do medicamento, concentração, posologia diária e com quantitativo para 3 meses (validade: 60 dias).
- Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido dos campos 1 ao 17 (validade: 60 dias).
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado e carimbado pelo médico solicitante e devidamente preenchido e assinado pelo paciente ou seu responsável legal.

DOCUMENTOS GERAIS (PROVIDENCIADOS PELO USUÁRIO):

- Cópia do Documento de Identidade.
- Cópia do CPF.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS).
- Cópia do Comprovante de Residência – validade: 90 dias (caso o comprovante esteja em nome de outra pessoa, será necessário apresentar também uma Declaração de Residência assinada pelo titular do comprovante apresentado).

Na data agendada para o atendimento da solicitação do(s) medicamento(s) chegue com 10 minutos de antecedência, aguarde na recepção, que será chamado pelo nome do usuário. **Caso não possa comparecer, avise com antecedência para liberarmos a vaga a outro usuário e reagendarmos seu atendimento.**

Para garantir a abertura do processo, leia com atenção o guia de orientação e certifique-se de que todos os documentos e anexos obrigatórios estejam de acordo com o solicitado.

DOENÇA DE CROHN		
Portaria SAS/SCTIE/MS nº 14 – 28/11/2017		
Medicamento	SULFASSALAZINA	MESALAZINA
CID 10	K50.0, K50.1, K50.8	
Apresentação	500mg (comprimido)	400mg, 500mg, 800mg (comprimido)
Inclusão	Apresentar diagnóstico de Doença de Crohn (DC) atestado por relatório médico e comprovado por pelo menos um dos seguintes laudos: endoscopia digestiva baixa – (Colonoscopia), radiológico (Raio X de transito do delgado, TC enteral ou RM-ental), cirúrgico ou anatomopatológico.	
Anexos Obrigatórios	- Laudo de exame comprobatório da doença; - VHS, PCR, Hemograma, EQU e creatinina; - Formulário médico para Doença de Crohn.	
Administração	3 a 6 g/dia VO ** DC colônica ou ileocolônica em atividade intestinal leve a moderada.	4 g/dia VO ** DC colônica ou ileocolônica em atividade intestinal leve a moderada em pacientes intolerantes a Sulfasalazina.
	** De acordo com as Estratégias de Tratamento do PCDT.	
Prescrição Máxima Mensal	372 cp	310 cp (400mg), 248 cp (500mg) ou 155 cp (800mg)
Monitoramento	- IHB deve ser reavaliado a cada 6 meses, quando um medicamento estiver sendo iniciado, reiniciado ou na alteração de dose. - Hemograma, creatinina e EQU a cada 4 meses.	
Exclusão	Paciente com intolerância ou hipersensibilidade ao medicamento indicado. Observar indicações para o uso em Estratégias de Tratamento**.	
Tempo de Tratamento	Indeterminado.	
Medicamento	AZATIOPRINA	METOTREXATO
CID 10	K50.0, K50.1 e K50.8	
Apresentação	50mg (comprimido)	25mg/mL (solução injetável – ampola 2mL)
Inclusão	Apresentar diagnóstico de Doença de Crohn (DC) atestado por relatório médico e comprovado por pelo menos um dos seguintes laudos: endoscopia digestiva baixa – (Colonoscopia), radiológico (Raio X de transito do delgado, TC enteral ou RM-ental), cirúrgico ou anatomopatológico.	
Anexos Obrigatórios	- Laudo de exame comprobatório da doença; - Formulário médico para Doença de Crohn.	
	- VHS, PCR, Hemograma com plaquetas, AST e ALT.	- VHS, PCR, Hemograma com plaquetas, AST, ALT, fosfatase alcalina, creatinina e Beta-HCG (mulheres <55anos).
Administração	2 a 2,5mg/kg/dia VO	- Indução de Remissão: 25mg/semana, IM; - Manutenção: 12,5 a 25mg/semana, IM.
	** De acordo com as Estratégias de Tratamento do PCDT.	
Prescrição Máxima Mensal	248 cp	5 ampolas
Monitoramento	- IHB deve ser reavaliado a cada 6 meses, quando um medicamento estiver sendo iniciado, reiniciado ou na alteração de dose.	
	- Hemograma semanalmente no 1º mês, quinzenalmente no 2º e 3º meses e após mensalmente; - AST e ALT a cada 3 meses. Interrupção de tratamento no caso de quadro clínico de pancreatite aguda;	- Hemograma com plaquetas mensalmente; - AST e ALT, fosfatase alcalina, creatinina a cada 2 meses ou a critério médico; - Mulheres em idade fértil devem ser acompanhadas de métodos anticoncepcionais.

	- Avaliação anual com dermatologista.		
Exclusão	Intolerância ou hipersensibilidade ao medicamento.	Gestação, intolerância ou hipersensibilidade ao medicamento.	
Tempo de Tratamento	Indeterminado ou pelo tempo necessário para manter a remissão.		
Medicamento	ADALIMUMABE	INFLIXIMABE	CERTOLIZUMABE
CID 10	K50.0, K50.1, K50.8		
Apresentação	40mg (seringa preenchida)	10mg/mL injetável (frasco-ampola de 10mL)	200mg (seringa preenchida)
Inclusão	Apresentar diagnóstico de Doença de Crohn (DC) atestado por relatório médico e comprovado por pelo menos um dos seguintes laudos: endoscopia digestiva baixa – (Colonoscopia), radiológico (Raio X de trânsito do delgado, TC enteral ou RM-ental), cirúrgico ou anatomopatológico.		
	Pacientes maiores 6 anos		Pacientes maiores de 18 anos
Anexos Obrigatórios	- Laudo de exame comprobatório da doença; - Raio X de Tórax, Teste de Mantoux (PPD), Hemograma com plaquetas, VHS, PCR, AST e ALT; - Formulário médico para Doença de Crohn.		
Administração	<p>- Indução e manutenção de remissão, e de DC complicada por fístula perianal complexa em adultos e crianças com peso acima de 40kg: 160mg SC na semana zero; 80mg na semana 2 e 40mg a cada 2 semanas. É possível diminuir o intervalo de administração para semanal, a partir da semana 4 de tratamento, se houver resposta parcial ou perda de resposta.</p> <p>- Indução e manutenção de remissão, e de DC complicada por fístula perianal complexa em crianças com peso menor de 40kg: 80mg na semana zero, 40mg na semana 2 e após 10 a 20mg a cada 2 semanas.</p>	<p>- Indução de remissão e manutenção**: 5mg/kg EV nas semanas zero, 2 e 6 após a cada 8 semanas, caso houver resposta parcial ou perda de resposta, é possível diminuir o intervalo para 6 ou 4 semanas a partir da semana 14 de tratamento.</p> <p>- Tratamento de DC complicada por fístula**: 5mg/kg EV nas semanas zero, 2 e 6 após a cada 8 semanas. Em caso de perda de resposta pode ser aumentado para 10mg/kg a cada 8 semanas, a partir da semana 22 de tratamento.</p>	<p>- Indução de remissão e manutenção**: 400mg SC nas semanas zero, 2 e 4 e após a cada 4 semanas.</p>
	** De acordo com as Estratégias de Tratamento do PCDT.		
Prescrição Máxima Mensal	4 seringas pré-preenchidas	5 frascos-ampola	2 frascos-ampola
Monitoramento	IHB deve ser reavaliado a cada 6 meses, quando um medicamento estiver sendo iniciado, reiniciado ou na alteração de dose.		

	Hemograma completo periodicamente a critério médico.	AST, ALT antes de cada dose. Obs.: se AST e ALT 5 vezes acima do limite do valor basal, não dispensar.	Colonoscopia (risco aumentado de câncer de cólon): a critério médico.
Exclusão	- Doenças infecciosas de qualquer natureza; - Paciente com intolerância ou hipersensibilidade aos medicamentos indicados.		
	Idade < 6 anos	Idade < 18 anos	
Tempo de Tratamento	A terapia com anti-TNF pode ser mantida na doença ativa, devendo a continuidade do tratamento ser reavaliada a cada 12 meses. O tratamento pode ter período superior a 12 meses, após reavaliação, se houver clara evidência de doença ativa, ou se for constatada recaída após parada programada (fazer novo ciclo de 12 meses). **Seguir indicações de Estratégias de Tratamento.		
Associações Não Permitidas	Os medicamentos deste PCDT não podem ser associados entre si. Exceção: Azatioprina + Infliximabe.		
Validade dos Exames	- VHS, PCR, Hemograma com plaquetas, AST, ALT, fosfatase alcalina, creatinina e Beta-HCG: 3 meses; - Raio X de Tórax, Teste de Mantoux (PPD), Endoscopia digestiva baixa, Raio X de trânsito do delgado, TC enteral ou RM enteral e biópsia: 12 meses.		
Especialidade Médica	Novas solicitações e Adequações	Gastroenterologista ou proctologista	
	Renovações Sem Alterações	Não requer especialidade médica	
<p>**ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO: O escalonamento de tratamento é definido segundo localização da doença, grau de atividade e complicações:</p> <p>1 - TRATAMENTO DE INDUÇÃO DE REMISSÃO COM ATIVIDADE INFLAMATÓRIA INTESTINAL LEVE A MODERADA (IHB 5 A 7):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colônica ou ileocolônica: <ul style="list-style-type: none"> → Sulfassalazina – 3 a 6g/dia – Iniciar com 500mg/dia e aumentar conforme tolerância; - Pacientes que se tornarem intolerantes à Sulfassalazina (reações alérgicas, discrasias sanguíneas, hepatite, pancreatite, dor abdominal de forte intensidade ou outro efeito adverso grave): → Mesalazina – 4g/dia por VO; - Evidências mostram benefício apenas marginal da Mesalazina na DC, sendo que alguns estudos demonstram ineficácia frente a placebo. • Ileal: <ul style="list-style-type: none"> → Corticosteróides – qualquer representante e via de administração - Pacientes sem resposta clínica após 6 semanas, intolerantes ou com contraindicação ao uso dos medicamentos devem ser tratados como DOENÇA MODERADA A GRAVE. <p>2 - TRATAMENTO DE INDUÇÃO DE REMISSÃO COM ATIVIDADE INFLAMATÓRIA INTESTINAL MODERADA A GRAVE (IHB ≥ 8):</p> <ul style="list-style-type: none"> → Corticosteróides; → Azatioprina – 2,0 a 2,5 mg/kg/dia - Aguardar até 17ª semana de uso para efeito pleno; - Falta de resposta clínica devido ao aumento da atividade da enzima TPMT (após 10 semanas): <ul style="list-style-type: none"> → Azatioprina + Alopurinol (e redução de 50% da dose de Azatioprina) Contraindicação para Associação: paciente com Leucopenia prévia; Monitoramento da Associação: Leucócitos semanalmente no 1º mês, a cada 15 dias no 2º mês e a eficácia a cada 3 meses. 			

- **Corticodependentes:**

→ Corticosteróides + Azatioprina;

Se não houver resposta:

→ Azatioprina + Alopurinol

→ Metotrexato Intramuscular semanalmente.

- **Pacientes com Recorrência de Sintomas:** Azatioprina foi eficaz na indução da remissão e manutenção.

- **Pacientes com IHB \geq 8 sem resposta após 6 semanas (ou com contraindicação ou intolerância) a Corticosteróides, Azatioprina + Alopurinol e Metotrexato:**

Preferencialmente:

→ Infliximabe + Azatioprina **OU**

→ Infliximabe em monoterapia **OU**

→ Adalimumabe **OU**

→ Certolizumabe.

• **Suspender após 2 doses se não houver resposta: menos de 3 pontos IHB;**

• **Continuar se houver doença ativa;**

• **Reavaliar a cada 12 meses: sintomas clínicos, marcadores de inflamação e achados endoscópicos.**

3 - TRATAMENTO DE INDUÇÃO DE REMISSÃO COM ATIVIDADE INFLAMATÓRIA INTESTINAL GRAVE A FULMINANTE (IHB > 8):

• **Após estabilização em âmbito hospitalar com Corticosteróides tratar como doença Moderada a Grave:**

→ Corticosteróides + Azatioprina;

Se não houver resposta:

→ Corticosteróides + Azatioprina + Alopurinol

Se não houver resposta:

→ Corticosteróides + Metotrexato Intramuscular semanalmente.

- **Não recomendado o uso de medicamentos Biológicos.**

4 - MANUTENÇÃO DE REMISSÃO APÓS INDUÇÃO MEDICAMENTOSA: Prevenção de Recorrências

• **Paciente que entrou em remissão com Corticosteróides:**

→ Azatioprina – 2,0 a 2,5 mg/kg/dia

- **Não indicado o uso de Corticosteróides, Sulfassalazina ou Mesalazina;**

• **Paciente que entrou em remissão com Metotrexato:** manter tratamento;

• **Paciente que entrou em remissão com medicamento biológico:**

→ Azatioprina **OU**

→ Metotrexato Intramuscular.

- **Se falha de manutenção:**

→ Infliximabe **OU**

→ Adalimumabe **OU**

→ Certolizumabe.

- **Reavaliar a manutenção do tratamento em 12 meses.**

- **Não associar Metotrexato ao medicamento biológico.**

5 – TRATAMENTO DE REMISSÃO APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO:

• **Paciente com ressecção ileocolônica e pelo menos 1 fator de risco para recorrência (tabagismo, cirurgia**

prévia, ausência de tratamento profilático, doença penetrante, localização perianal, granulomas à peça cirúrgica ou inflamação do plexo mioentérico):

→ Azatioprina – 2,0 a 2,5 mg/kg/dia

- **Não recomendado o uso de medicamentos Biológicos.**

6 – TRATAMENTO DE DOENÇA COMPLICADA POR FÍSTULA:

• **Complicações perianais não supurativas simples (superficiais ou interesfínterianas):**

→ Azatioprina – 2,0 a 2,5 mg/kg/dia

- **Não recomendado o uso de medicamentos Biológicos.**

• **Fístulas perianais complexas (trans, supra ou extraesfínteriana):**

→ Infliximabe 5mg/kg (**preferencialmente**) a cada 8 semanas após dose de ataque ;

Em caso de perda de resposta, após a 22ª semana de tratamento pode ser aumentado para 10mg/kg OU

→ Adalimumabe com dose de ataque.

- **Casos refratários devem ser tratados cirurgicamente.**

- **Não utilizar medicamento biológicos para tratamento de fístulas enterocutâneas, enteroentéricas, enterovesicais ou enteroginecológicas.**

• **Fístulas perianais simples (superficiais ou interesfínterianas) assintomáticas não requerem tratamento específico.**

• **Complicações supurativas requerem drenagem cirúrgica, assim como abscessos perianais e perirretais.**

Casos Especiais: Vide PCDT

- Pacientes pediátricos, gestantes e nutrízes e DC em esôfago, estômago e duodeno.

***** IHB (Índice de Harvey-Bradshaw):**

Valor total ≤ 4: paciente sem sintomas;

Valores entre 5 e 7: doença leve a moderada;

Valores ≥ 8: doença moderada a grave;

Valores > 8: doença grave ou fulminante.

CID-10

K50.0 Doença de Crohn do intestino delgado

K50.1 Doença de Crohn do intestino grosso

K50.8 Outra forma de doença de Crohn



FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
ATRAVÉS DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DA
DOENÇA DE CROHN
PORTARIA SAS/MS Nº 14 DE 28/11/2017



Declaro, para os devidos fins que o(a) paciente _____,
não apresenta critérios de exclusão e satisfaz as condições para as seguintes indicações de tratamento:

- Índice de Harvey-Bradshaw (IHB): _____

*****ATENÇÃO: A única associação medicamentosa permitida pelo PCDT é: AZATIOPRINA + INFLIXIMABE.**

SULFASSALAZINA

() **Indução** da remissão de doença colônica ou ileocolônica com **IHB 5-7**.

MESALAZINA

() **Indução** da remissão de doença colônica ou ileocolônica com **IHB 5-7** em **intolerantes à Sulfassalazina** (reações alérgicas, discrasias sanguíneas, hepatite, pancreatite, dor abdominal de forte intensidade ou outro efeito adverso grave).

AZATIOPRINA

- () **Indução** da remissão de doença ileal com **IHB 5-7 após falha/intolerância a Corticosteroide**.
- () **Indução** da remissão de doença colônica ou ileocolônica com **IHB 5-7 após falha/intolerância à Sulfassalazina e à Mesalazina**.
- () **Indução** da remissão com **IHB ≥ 8**.
- () Complicação por **fístulas perianais não supurativas**.
- () **Manutenção** da remissão após tratamento com **Corticosteroide** ou **Anti-TNF**.
- () **Manutenção** da remissão **após tratamento de indução cirúrgico** em pacientes com ressecção ileocolônica e **pelo menos um fator de risco para recorrência** (tabagismo, cirurgia prévia, ausência de tratamento profilático, doença penetrante, localização perianal, granulomas à peça cirúrgica ou inflamação do plexo mioentérico).

METOTREXATO

- () **Indução** da remissão de doença ileal com **IHB 5-7 após falha/intolerância a Corticosteroide e à Azatioprina**.
- () **Indução** da remissão de doença colônica ou ileocolônica com **IHB 5-7 após falha/intolerância à Sulfassalazina, à Mesalazina e à Azatioprina**.
- () **Indução** da remissão com **IHB ≥ 8, após falha/intolerância à Azatioprina**.
- () **Manutenção** da remissão (via parenteral) **após tratamento com Metotrexato ou medicamento Anti-TNF**.

INFLIXIMABE

- () **Indução** da remissão com **IHB ≥ 8 após falha/intolerância a Corticosteroide, a Azatioprina mais Alopurinol e ao Metotrexato.**
- () **Indução** da remissão de doença ileal com **IHB 5-7 após falha/intolerância a Corticosteroide, à Azatioprina, e ao Metotrexato.**
- () **Indução** da remissão de doença colônica ou ileocolônica com **IHB 5-7 após falha/intolerância à Sulfassalazina, à Mesalazina, à Azatioprina e ao Metotrexato.**
- () Complicação por **fístulas perianais complexas**, após a exclusão de sepse concomitante.
- () **Manutenção** após falha na manutenção da remissão com **Azatioprina ou Metotrexato ou medicamento Anti-TNF.**

ADALIMUMABE

- () Indução da remissão com **IHB ≥ 8 após falha/intolerância a Corticosteroide, a Azatioprina mais Alopurinol e ao Metotrexato.**
- () Complicação por **fístulas perianais complexas**, após a exclusão de sepse concomitante.
- () **Manutenção** após falha na manutenção da remissão com **Azatioprina ou Metotrexato ou medicamento Anti-TNF.**

CERTOLIZUMABE

- () **Indução** da remissão com **IHB ≥ 8 após falha/intolerância a Corticosteroide, a Azatioprina mais Alopurinol e ao Metotrexato.**
- () **Manutenção** da remissão após tratamento de indução medicamentoso em caso de falha na manutenção da remissão, caracterizada por progressão de sintomas e recorrências **apesar do uso de Azatioprina ou Metotrexato.**
- () **Manutenção** após falha na manutenção da remissão com **Azatioprina ou Metotrexato ou medicamento Anti-TNF.**

Assinatura e carimbo médico (a)

Data

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
SULFASSALAZINA, MESALAZINA, AZATIOPRINA, METOTREXATO, INFlixIMABE, ADALIMUMABE,
CERTOLIZUMABE PEGOL E METILPREDNISOLONA

Eu, _____ nome do (a) paciente),
declaro ter sido informado (a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos
adversos relacionados ao uso de **sulfassalazina, mesalazina, azatioprina, metotrexato, infliximabe,**
adalimumabe, certolizumabe pegol e metilprednisolona, indicados para o tratamento da **doença de Crohn**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico
_____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os
seguintes benefícios:

- remissão dos sintomas em caso de doença ativa;
- prevenção de recorrências se em remissão;
- fechamento de todas as fístulas.

Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e
riscos:

- sulfassalazina, mesalazina, adalimumabe, infliximabe e certolizumabe pegol: risco na gravidez é improvável;
estudos em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos;
- azatioprina e metilprednisolona: há evidências de riscos ao feto com o uso, mas um benefício potencial pode
ser maior do que os riscos;
- metotrexato: medicamento classificado na gestação como fator de risco X (seu uso é contraindicado em
gestantes ou em mulheres que planejam engravidar);
- **efeitos adversos mais comuns da sulfassalazina:** dores de cabeça, reações alérgicas (dores nas juntas, febre,
coceira, erupção cutânea), sensibilidade aumentada aos raios solares, dores abdominais, náusea, vômitos,
perda de apetite, diarreia; efeitos adversos mais raros: diminuição do número dos glóbulos brancos no
sangue, parada na produção de sangue pela medula ósea (anemia aplástica), anemia por aumento da
destruição dos glóbulos vermelhos do sangue (anemia hemolítica), diminuição do número de plaquetas no
sangue (aumento dos riscos de sangramento), piora dos sintomas da retocolite ulcerativa, problemas no
fígado, falta de ar associada a tosse e febre (pneumonite intersticial), dor nas juntas, dificuldade para engolir,
cansaço associado à formação de bolhas e à perda de pele e de mucosa (síndrome de Stevens-Johnson e
necrólise epidérmica tóxica) e desenvolvimento de sintomas semelhantes aos do lúpus eritematoso sistêmico
(ou seja, bolhas na pele, dor no peito, mal-estar, erupções cutâneas, falta de ar e coceira);
- **efeitos adversos da mesalazina:** dores de cabeça, reações alérgicas (dores nas juntas, febre, coceira,
erupção cutânea), sensibilidade aumentada aos raios solares, queda de cabelo, dores abdominais, náusea,
vômitos, perda de apetite, diarreia, diarreia com sangue, tonturas, rinite, cansaço ou fraqueza; efeitos
adversos mais raros: hepatite medicamentosa, pancreatite e pericardite;
- **efeitos adversos da azatioprina:** diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue, náusea,
vômitos, diarreia, dor abdominal, fezes com sangue, problemas no fígado e no pâncreas, febre, calafrios,
diminuição de apetite, vermelhidão de pele, queda de cabelo, aftas, dores nas juntas, problemas nos olhos,
falta de ar, pressão baixa, problemas nos pulmões, reações de hipersensibilidade e diminuição das defesas
imunológicas do organismo com ocorrência de infecções; pode causar câncer em animais e, provavelmente,
tenha o mesmo efeito na espécie humana;
- **efeitos adversos do metotrexato:** convulsões, confusão mental, febre, calafrios, sonolência, queda de
cabelo, espinhas e furúnculos, alergias de pele, sensibilidade à luz, alterações da pigmentação da pele,
formação de bolhas e perda de regiões da pele e de mucosas (síndrome de
Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica), náusea, vômitos, perda de apetite, inflamação na boca,
úlceras de trato gastrointestinal, problemas no fígado, diminuição das células brancas do sangue e das
plaquetas, problemas nos rins, problemas nos pulmões, diminuição das defesas imunológicas do organismo
com ocorrência de infecções;

- **efeitos adversos do infliximabe:** náusea, diarreia, dor abdominal, vômito, má digestão, azia, dor de cabeça, fadiga, febre, tontura, dor, rash cutâneo, prurido, bronquite, rinite, infecção de vias aéreas superiores, tosse, sinusite, faringite, reativação de tuberculose, reação à infusão, dor no peito, infecções, reações de hipersensibilidade, dor nas juntas, dor nas costas, infecção do trato urinário; outros efeitos: abscesso, hérnia abdominal, aumento dos níveis das enzimas hepáticas, anemia, ansiedade, apendicite, artrite, problemas no coração, câncer de pele, cólica biliar, fratura óssea, infarto cerebral, câncer de mama, celulite, colecistite, colelitíase, confusão, desidratação, delírio, depressão, hérnia diafragmática, falta de ar, disúria, inchaço, confusão mental, endometriose, endoftalmite, furúnculos, úlcera gástrica, hemorragia gastrointestinal, hepatite colestática, herpes zóster (cobreiro), hidronefrose, pressão alta ou baixa, hérnia de disco intervertebral, inflamação, obstrução intestinal, perfuração intestinal, estenose intestinal, cisto articular, degeneração articular, infarto renal, leucopenia, linfangite, lúpus eritematoso sistêmico, linfoma, mialgia, isquemia miocárdica, osteoartrite, osteoporose, isquemia periférica, problemas nos pulmões, nos rins e no pâncreas, adenocarcinoma de reto, sepse, sonolência, tentativa de suicídio, desmaios, problemas nos tendões, diminuição de plaquetas, trombose, úlceras e perda de peso; pode facilitar o estabelecimento ou agravar infecções fúngicas e bacterianas;

- **efeitos adversos do adalimumabe:** infecção do trato respiratório superior, dor, inchaço, vermelhidão e prurido no local da injeção; outras reações: vários tipos de infecções (respiratórias, urinárias, dermatológicas), linfopenia, anemia, dor de cabeça, dormências, hipertensão, tosse, dor nasofaríngea, congestão nasal, distúrbios gastrointestinais (náusea, dor abdominal), distúrbios cutâneos e subcutâneos, fadiga e fraqueza; algumas precauções devem ser tomadas em relação à possível reativação do vírus da hepatite B em portadores crônicos do vírus, ou em casos de infecções localizadas e crônicas; pode facilitar o estabelecimento ou agravar infecções fúngicas e bacterianas;

- **efeitos adversos do certolizumabe pegol:** os efeitos adversos mais comuns observados foram infecção respiratória superior, infecções no trato urinário e artralgia. As reações adversas mais graves foram infecções graves, neoplasias malignas e insuficiência cardíaca.

- **efeitos adversos da metilprednisolona:** retenção de líquidos, aumento da pressão arterial, problemas no coração, fraqueza nos músculos, problema nos ossos (osteoporose), problemas de estômago (úlceras), inflamação do pâncreas (pancreatite), dificuldade de cicatrização de feridas, pele fina e frágil, irregularidades na menstruação e manifestação de diabetes mérito;

- contraindicação em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos;

- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

() sulfassalazina

() mesalazina

() azatioprina

() metotrexato

() infliximabe

() adalimumabe

() certolizumabe pegol

() metilprednisolona

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
<hr/> Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
<hr/> Assinatura e carimbo do médico Data: _____		

Nota 1: Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

Nota 2: O seguinte medicamento integra o procedimento hospitalar da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS: 06.03.01.001-6 Metilprednisolona 500 mg injetável (por ampola).

Nota 3: O seguinte medicamento integra o procedimento hospitalar da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS: 06.03.02.005-4 Ciclosporina 50 mg injetável (por frasco-ampola).

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____ (Titular do Comprovante),
proprietário de imóvel no município de Florianópolis na _____
_____, n.º _____, complemento _____,
portador da carteira de identidade n.º _____ declaro para fins de comprovação
que _____ (Nome do Morador), CPF n.º
_____ reside em minha propriedade. Apresento para tanto, meu comprovante
de residência tendo pleno conhecimento do crime e falsidade ideológica prevista no art. 299 do Código
Penal* e por ser verdade firmo a presente declaração.

Florianópolis, _____ de _____ de 201____.

Assinatura do Titular do Comprovante

* Art. 299 do Código Penal: "omitir em documento público ou particular declaração que dele devia constar ou nele inserir declaração falsa ou diversa de que deveria ser escrita com fim de prejudicar direito de criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. "PENA" reclusão de um a cinco anos.